Aus der Universitätsfrauenklinik zu Berlin.
Direktor Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Bumm.

Der Tod durch Verblutung bei der Geburt

Auszug

aus der

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der

Medizinischen Doktorwürde

an der

Friedrich-Wilhelms-Universität

zu Berlin

Von

Enno Sommer
aus Essen a. d. Ruhr

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

Tag der Promotion: 8. November 1920

Emil Ebering, Berlin NW. 7, Mittelstraße 29.

109

Gedruckt mit Genehmigung

der

Medizinischen Fakultät der Universität Berlin

Dekan: Prof. Dr. **Killian.**

Referent: Prof. Dr. **Bumm**

Der Blutverlust bei der normalen Geburt beträgt durchschnittlich bei einer Primipara 480 g, bei einer Pluripara 535 g. Er steigt proportional der Geburtenzahl infolge der zunehmenden Größe der Kinder (größere Placenta) und bei Komplikationen (enges Becken 570 g, Zange 665 g, Wendung und Extraktion 710 g, Zwillingsgeburt 793 g.) Der Zeitpunkt des Blasensprungs und die Dauer der Austreibungsperiode haben keinen Einfluß.

Das Leben der Mutter wird gefährdet, wenn die Blutung die Hälfte bis zwei Drittel der normalen Blutmenge d. h. 2140 bis 2830 g übersteigt, wobei wir letztere als $^{1}/_{13}$ des Körpergewichts annehmen. Derartige Blutverluste treten ein:

1. durch Rißwunden der weichen Geburtwege (Vulva, Vagina und Uterus): Verletzung der Clitoris, Dammrisse, Scheidenrisse (besonders gefährlich, wenn sie in das paravaginale Binde- und Fettgewebe mit seinen dichten Gefäßen gehen), Hämatoma vaginae, Uterusrupturen (completae und incompletae), welche Cervix oder corpus uteri oder beide betreffen können. Auch die Cervixverletzungen sind vor allem bedrohlich, wenn sie ins Parametrium gehen und dort die Gefäße verletzen. Alle diese Verletzungen können spontan durch Ueberdehnung des Gewebes oder traumatisch (violent) durch manuelle und instrumentelle Eingriffe hervorgerufen werden.

2. Blutungen aus der Plazentarstelle treten ein infolge vorzeitiger Lösung der Placenta (Ursache: mechanische Insulte oder krankhafte Veränderung der Haftstelle); infolge Placenta praevia; durch Retention der Placenta bezw. Teile derselben und dadurch bedingte mangelhafte Retraktionsfähigkeit der Uterusmuskulatur (in seltenen Fällen Placenta acreta); durch Atonie des Uterus, hervorgerufen durch Ueberdehnung des Uterus, zu rasche Entbindung, zu schwache Wehen oder zu große Schwächung des gesamten Organismus der Frau z. B. durch langen Geburtsakt oder anderweitige starke Blutverluste.

Blutungen infolge ektopischer Schwangerschaft kommen fast nur in den ersten Schwangerschaftsmonaten vor. Mangelhafte Gerinnbarkeit des Blutes (Hämophilie) spielt nur eine untergeordnete Rolle.

Symptome bei größeren Blutverlusten: unter 1000 g meist keine; bei 1000—1500 g Beschleunigung der Herzfrequenz, kleinerer Puls, blasse Gesichts- und Körperfarbe; bei 1600—1800 g Kälte der Körperspitzen, kalter Schweiß, Erbrechen, Lufthunger, Durst, Schwindel, Ohnmachten, Angst, Aussetzen des Pulses ev.

schon Tod; bei 1800—2500 g gehäufte Ohnmachtsanfälle, Verfall, Bewußtlosigkeit oder Unruhe, unwillkürlicher Kotabgang, Unterbrechung der Atmung, Aufhören der Herztätigkeit.

Die Therapie soll zunächst die Ursache der Blutung ausschalten. Dabei ist jeder Tropfen Blut möglichst zu sparen durch Kompression der Aorta (manuell oder Momburgscher Schlauch). Nach Stillung der Blutung Besserung der mangelhaften Gefäßfüllung und der Herzschwäche. Mittel dazu sind: Bluttransfusionen, Autotransfusion, Kochsalzinfusionen (subkutan, intravenös oder per clysma); Herzreizmittel und Wärme.

Vom 1. I. 1910 bis 1. I. 1920 kamen an der Universitätsfrauenklinik zu Berlin auf 17 676 Entbindungen 229 Todesfälle, davon 44 infolge Verblutung (1,29 bzw. 0,24 %). Von den letzteren wurden 2 „moribund", 9 „stark ausgeblutet, fast pulslos" eingeliefert. 12 Frauen hatten schon viel Blut verloren.

Die Ursachen der Verblutung waren: Scheidenrisse 1 (traumatisch); Cervixrisse 5 (traumatisch 4, durch Plac. praevia bedingt 1); inkompl. Uterusrupturen 5 (traumatisch 2, spontan 3); kompl. Uterusrupturen 5 (traumatisch 2, spontan 3); vorzeitige Plazentarlösung 7 (Unfall 2, Nephritis 1); Plac. praevia 9; Retentio placentae (bzw. Teile) 3; Atonia uteri 8; interstitielle Gravidität im X. Monat 1.

Alter der Frauen: unter 20 Jahren 1; 20—30 Jahre alt 15; 30—40 Jahre alt 22; über 40 Jahre 6. — Primiparae 11, Pluriparae 33.

In 28 Fällen war die Schwangerschaft ausgetragen, in 11 Fällen im 8. bis 9. Monat.

Die kindliche Mortalität bei Verblutung der Mutter betrug 61 %. — Das kindl. Normalgewicht bei der Geburt (3433 g) wurde 8 mal übertroffen.

Im einzelnen ergibt sich Verlauf, Therapie und Sektionsbefund der einzelnen Fälle aus den Abschriften der Krankheitsberichte.

Lebenslauf

Ich, Enno Sommer, wurde am 20. 9. 1888 zu Essen a. d. Ruhr, als Sohn des Eisenbahndirektionspräsidenten Sommer geboren. Nach Bestehen der Reifeprüfung am Gymnasium in Essen wandte ich mich zunächst der Seeoffizierslaufbahn zu, die ich 1914 wieder verließ, um Medizin zu studieren. Ich studierte sämtliche Semester in Berlin. März 1917 bestand ich die Vorprüfung, Oktober 1919 das Staatsexamen in Berlin. Am 1. November 1919 ging ich zur Ablegung des prakt. Jahres nach Berlin-Britz (Kreiskrankenhaus). Danach wurde mir die Approbation am 8. November 1920 erteilt.